

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 19

RELATIONS
DE
L'EPIDIDYMITTE TUBERCULEUSE
AVEC LA
TUBERCULOSE PROSTATO-VÉSICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Novembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges BOUANA

né à AUMALE (Algérie) le 21 Février 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923

RELATIONS
DE L'ÉPIDIDYMITÉ TUBERCULEUSE
AVEC LA
TUBERCULOSE PROSTATO-VÉSICULAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1923-1924 — N° 19

RELATIONS
DE
L'EPIDIDYMITE TUBERCULEUSE
AVEC LA
TUBERCULOSE PROSTATO-VÉSICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 27 Novembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges BOUANA

né à AUMALE (Algérie) le 21 Février 1899



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	MM. H. HUGOUNEQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CMZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POLLOSSON (A.).
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNEQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVOT.
Médecine légale.....	VILLARD.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FAYRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROCHET, président; DUROUX, assesseur;
SANTY et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE CHÉRIE

A MA SŒUR, A SON MARI

A LEUR FILS GEORGES

A MA TANTE BIEN-AIMÉE EMMA

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE DE MES CAMARADES AÎNÉS

LES MÉDECINS,

SOUS-AIDE-MAJORS ET MÉDECINS AUXILIAIRES

Morts au Champ d'Honneur (1914-1918)

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

Professeur de Clinique Urologique

Chevalier de la Légion d'honneur

Pour le grand honneur qu'il nous a
fait en nous confiant ce travail.

Respectueux hommages.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉON THÉVENOT

Chevalier de la Légion d'honneur

Pour l'enseignement que nous en
avons reçu durant notre stage à la
Clinique d'Urologie.

A MES JUGES

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. GASSER
Chirurgien
Sénateur d'Oran, Officier de la Légion d'honneur

Il nous témoigna toujours beaucoup
de bienveillance et guida nos premiers
pas dans l'aride chemin de la Médecine.

Qu'il soit assuré de notre reconnais-
sance.

RELATIONS
DE L'ÉPIDIDYMITÉ TUBERCULEUSE
AVEC LA
TUBERCULOSE PROSTATO-VÉSICULAIRE

INTRODUCTION

Durant notre quatrième année d'études médicales et étant presque nouveau venu dans l'Université lyonnaise, nous eûmes la bonne fortune d'être placé comme stagiaire à la Clinique d'Urologie de M. le Professeur Rochet, et c'est ainsi que nous avons été à même de constater la bienveillance dont faisait preuve ce sympathique maître pour ses élèves, comme pour ses malades et pour son personnel. Son enseignement vraiment pratique, l'obligation dans laquelle il nous mettait d'examiner soigneusement un malade, les conseils éclairés qu'il nous donnait, nous ont fait garder de la Clinique d'Urologie un des souvenirs les meilleurs parmi ceux qui nous sont restés de nos différents stages.

Aussi, lorsque, sur la fin de nos études, nous avons songé à préparer une thèse, nous nous sommes adressé à M. le Professeur Rochet. Il nous a fait l'honneur de

nous confier un sujet auquel il accorde une importance tout à fait particulière ; il nous a aidé de ses conseils ; nous l'en remercions.

Comme il nous l'a dit à différentes reprises, essayer de déterminer l'ordre d'apparition des lésions épидidymaires et des lésions prostatovésiculaires, dans la tuberculose génitale primitive, voilà bien un problème délicat. Intéressante, non seulement au point de vue des idées, des doctrines, des écoles, française... ou étrangères, cette question a aussi une utilité indéniable, puisque, selon le mode d'apparition des lésions, leur marche envahissante, le traitement et quelquefois la décision du chirurgien devront différer...

Nous n'avons rien démontré, nous n'apportons rien de nouveau peut-être dans notre thèse, au point de vue faits scientifiques ; nous avons fait un travail de recherche ; nous avons lu et relu beaucoup d'observations. Beaucoup d'auteurs, de chirurgiens avaient déjà noté que le début de l'affection se trouve très souvent dans le « carrefour prostatique ». Sur les conseils de M. le Professeur Rochet, il nous a semblé utile de tâcher de réunir ces voix, de faire quelque chose qui puisse de nouveau attirer l'attention des praticiens.

L'avenir montrera si nous avons eu raison.

On nous reprochera peut-être d'avoir, dans notre Chapitre premier, résumé une question que certains qualifieront de classique ; nous ne le regrettons pas, car, en relatant l'historique, en citant les principaux signes de la tuberculose génitale, ainsi qu'en schématisant les traitements pratiqués, nous nous préparons

à la discussion de notre Chapitre III, chapitre où nous donnons notre opinion personnelle. Dans le Chapitre II, nous exposons les différentes théories en honneur, pour expliquer le mécanisme d'invasion des voies génitales.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser nos remerciements émus à tous ceux qui ont contribué à nous instruire et à faire notre éducation médicale, à nos maîtres des Facultés de médecine d'Alger et de Lyon.

Que tous nos camarades d'études veuillent bien accepter, avec l'assurance de notre amitié, les regrets que nous éprouvons à les quitter au moment où chacun nous nous dirigeons de notre côté dans la carrière. Nous avons laissé d'excellents amis en quittant l'Université d'Alger, nous en avons rencontré d'autres aussi charmants et agréables à Lyon. A tous, nous adressons nos meilleurs vœux d'avenir.

Lyon, le 27 novembre 1923.

CHAPITRE PREMIER

De la Tuberculose génitale chez l'Homme.

*Revue rapide de l'histoire, des symptômes
et du traitement*

L'histoire de la tuberculose épididymo-testiculaire date seulement du siècle dernier.

Bayle, le premier, signale la coexistence de tubercules dans le testicule et dans le poumon. Dès ce moment, les auteurs ayant l'attention attirée par cette notion décrivent deux formes de lésions testiculaires :

- a) Les granulations ;
- b) Les amas caséux.

Cruveilhier en particulier s'attacha à cette étude qui fut illustrée par de très belles planches.

Mais, sous l'influence de Virchow et de Rindfleisch, l'école allemande rejette cette manière de voir et reconnaît seulement la forme « granuleuse » de la tuberculose testiculaire et considère les formes caséuses comme purement inflammatoires.

Pourtant, grâce à Thaon et à Grancher; plus tard, grâce à la thèse de Reclus (1876), la théorie primitive, qualifiée « d'uniciste », reprenait le dessus.

La thèse de Reclus, avec des descriptions complètes des formes de tuberculose testiculaire, signale déjà que le testicule est souvent frappé sans que le poumon lui-même soit atteint, théorie allant à l'encontre de la loi de Louis, et confirmée dans le travail inaugural de M. le Professeur Villard (1894).

L'histoire de la tuberculose prostatique remonte au milieu du ^{xix}^e siècle. Les premiers cas authentiques sont signalés par Viard (1847), puis Bauchet (1850), Broca (1851). Puis, vient la thèse de Dufour (1854), les travaux de Béraud, Robin et Vidal.

Etudiée ensuite dans les thèses de Delfau (1874), de Bierry (1878), accessoirement dans la thèse de Reclus, la tuberculose de la prostate décrite également ces dernières années par Forgues, Legueu, Jeanbrau, a fait l'objet d'un mémoire des plus intéressants dû à notre maître, M. le Professeur Rochet, en 1906, et d'un autre mémoire de Tédénat (1908).

Pour terminer cet aperçu historique, nous citerons l'ouvrage pratique et clair de MM. Delore et Chalié, traitant de la tuberculose génitale (1920).

Surtout fréquente à l'âge adulte, la tuberculose génitale porte sur les différents segments de l'appareil génital : testicule, épидидyme, canal déférent, prostate, vésicules séminales.

Elle se révèle le plus souvent par des signes purement objectifs. C'est une épидидymite aiguë, éclatant

brusquement, parfois à la suite d'un traumatisme ou d'un effort. C'est un écoulement urétral paraissant en dehors de toute blennorragie antérieure, se traduisant par l'issue d'un pus grumeleux et séreux, et coexistant avec des lésions de la prostate ou des vésicules séminales. C'est en troisième lieu une épididymite tuberculeuse chronique. Cette dernière forme est la plus fréquente. L'épididyme est toujours atteint à la queue, moins souvent à la tête, il se bosselle, laisse sentir un noyau dur à sa surface; l'indolence est habituelle, mais si la maladie a évolué rapidement, des douleurs peuvent se montrer.

On ne constate pas d'adhérences, sauf quand la suppuration menace, qu'elle est établie, ou qu'une fistule existe.

La vaginale peut être le siège d'un épanchement, ce dernier plus ou moins abondant. Il en résulte une véritable hydrocèle, laquelle peut coïncider avec une tuberculose épididymaire, mais peut parfois accompagner, moins bien souvent pourtant, la tuberculose testiculaire vraie.

Le canal déférent est altéré dans son trajet, et surtout dans ses parties terminales, où on le trouve sous l'aspect d'un cordon dur, résistant (péridéférentite).

Nous arrivons ainsi à l'autre extrémité de « l'arbre génital », à la prostate et aux vésicules séminales.

La prostate présente, au début, de simples granulations, et cette période, comme le dit si bien M. le Professeur Rochet, est « muette cliniquement ».

Plus tard, les signes de prostatite deviennent plus ou moins nets : sensation de pesanteur périnéale, un

certain degré de ténésme, quelquefois un peu d'écoulement urétral, un peu d'hématurie ou de l'hémospémie.

On peut sentir ensuite, parfois, une augmentation de volume anormale pour l'âge du sujet (Albarran), ou une tension particulière de la prostate (Prof. Rochet), par le toucher rectal soigneusement pratiqué.

Plus tard, à la période des nodosités, période d'état de la maladie, les signes cliniques se précisent. Des tubercules se développent plus volontiers à la périphérie qu'au centre de la glande. On sent, par le toucher, une prostate bosselée, irrégulière, avec de petits noyaux arrondis, durs, indolents, dont la fermeté tranche avec la consistance élastique du parenchyme glandulaire.

Puis, les noyaux grossissant, se fusionnant, le doigt perçoit une prostate grosse, mamelonnée, dure, tendue, faisant une saillie appréciable dans le rectum.

Enfin, à un stade plus avancé, la fonte des tubercules se produisant, l'index, pratiquant le toucher, s'enfoncera « comme dans une étoffe tendue largement sur un cadre rigide ».

On peut enfin arriver à la phase de périprostatite indiquant l'envahissement diffus de la glande.

Quant aux vésicules séminales, lorsqu'elles sont le siège de lésions tuberculeuses, elles augmentent de volume, deviennent bosselées, présentant au toucher des noyaux indurés ; elles peuvent être quelquefois douloureuses, lorsqu'on pratique ce toucher.

Les malades atteints de tuberculose génitale viennent consulter dans différentes conditions.

Ou c'est un écoulement urétral, avec amaigrissement.

Ou c'est une fistule périnéale ; le toucher rectal et l'introduction d'un stylet permettent de rapporter ces fistules à des suppurations profondes de la prostate.

C'est un épanchement de la vaginale consécutif à une épididymite tuberculeuse. Dans le cas d'hydrocèle volumineux, si le palper de l'épididyme est impossible, on examinera avec soin le testicule du côté opposé. Un noyau épididymaire qu'on percevra pourra fixer le diagnostic. Le toucher rectal nous renseignera sur les noyaux concomitants de la prostate.

Le malade se présentera aussi pour une petite fistule siégeant à la partie postérieure de l'épididyme, vers la queue de cet organe, moins souvent pour un simple petit noyau induré à ce niveau, noyau qu'il aura constaté à l'occasion de soins de toilette, ou après avoir eu l'attention attirée par suite d'un traumatisme sur les bourses.

Enfin, plus rarement, le malade viendra consulter pour de petits signes de prostatisme.

Traitement

Il est extrêmement variable, non seulement suivant les formes, mais aussi suivant les auteurs.

1° Certains préconisent le traitement exclusivement médical. Il consiste dans le repos de l'organe immobilisé dans un suspensoir ouaté, dans le cas d'orchio-épididymite. L'héliothérapie, le séjour au bord de la

mer, les eaux chlorurées sodiques, associés à la médication tonique usuelle, jouiraient, dans l'espèce, de vertus manifestes.

2° Le traitement chirurgical peut être :

a) La castration, défendue par les uns, combattue par les autres ; l'histoire de cette intervention chirurgicale serait intéressante à retracer entièrement, pour suivre ainsi l'évolution des idées qui, tour à tour, régnerent au sujet de la tuberculose génitale. Nous nous contenterons ici de résumer et de noter :

- 1) La période conservatrice (1820-1875) ;
- 2) La période radicale (1875-1895) ;
- 3) La période conservatrice (1895-1899) ;
- 4) L'ère des conservateurs-opérateurs.

Ceci nous amène à parler des opérations limitées à l'épididyme.

b) L'épididymectomie est applicable quand le testicule est intact. Il est également utile d'enlever le canal déférent, dans la plus grande partie de son étendue, ou même totalement ; c'est la vasectomie.

c) Les injections modificatrices, préconisées par Calot, ont été pratiquées ici comme dans le traitement des autres tuberculoses locales.

Pour des foyers circonscrits, il a été fait le curetage des tissus malades associé à la cautérisation ignée (Quénu).

d) Notons la ligature et la section du cordon spermatique, imaginée par Mauclair, dans le but d'obtenir l'atrophie du testicule et la régression des lésions.

e) Certains auteurs ont défendu l'ablation en totalité des voies génitales (Uhlmann, Villeneuve, Baudet et Kendirjy).

La vésiculectomie a été pratiquée à Lyon (Professeur Villard, 1908).

f) La prostatectomie seule a été pratiquée dans certains cas exceptionnels.

CHAPITRE II

Les différentes Opinions sur le Mécanisme de l'Infection épididymaire.

En médecine, comme dans beaucoup de sciences dites « naturelles », il est bon de ne pas être trop absolu ; on ne peut pas constamment conclure de cause à effet et avancer des règles pour ainsi dire trop mathématiques. Chaque jour, au chevet du malade, que ce soit dans les hôpitaux ou dans la clientèle privée, le médecin, aussi avisé soit-il, se heurte parfois à des difficultés énormes et désespérantes, parce que, devant chaque malade, se pose un problème particulier. Pourtant, la méthode, l'ordre dans les idées, la connaissance exacte de certains faits directeurs, l'expérience de chacun s'ajoutant à celle acquise auprès des maîtres, l'expérimentation, toutes les notions enfin que l'on peut ériger en principes, en dogmes, ont fait, depuis des siècles, la transformation d'un art empirique en une science digne de ce nom.

Si nous nous sommes permis d'ouvrir cette parenthèse, d'ordre si général, c'est qu'à propos de l'étude

du mécanisme de l'invasion tuberculeuse dans l'appareil génital de l'homme, la polémique scientifique a été très ardente depuis la fin du siècle dernier. Bien des auteurs parmi les meilleurs ont, depuis cette époque, fortement discuté quant à la pathogénie de la tuberculose génitale. Bien des articles, bien des mémoires ont paru. Avec la meilleure foi du monde, avec les facilités que leur accordent leur science et leur valeur médicale, des auteurs ont relaté bien des observations, affirmant pour chacune d'elles ce qui leur semblait être la vérité. Aussi, avant de formuler nous-même et bien humblement les conclusions de notre étude, nous envisagerons toutes les théories admises jusqu'ici pour expliquer l'envahissement tuberculeux des voies génitales.

Pour faciliter et rendre plus clair cet exposé, nous entreprendrons cette revue, en prenant un point fixe dans l'appareil génital : l'épididyme. Nous nous expliquerons sur le choix de ce point, au début de notre chapitre III.

Pour l'instant, nous considérerons donc les différentes théories expliquant le mécanisme d'invasion de l'épididyme, théories que nous schématisons ainsi :

- I. — Infection épididymaire par la voie sanguine.
- II. — Infection épididymaire par la voie prostatovésiculaire.
- III. — Infection épididymaire par la voie uréthrale.
- IV. — Infection épididymaire par la voie descendante réno-vésicale.

Pour chaque théorie, nous rapporterons les observations qui semblent s'y rattacher.

I. — Infection par la voie sanguine

Tout d'abord, les auteurs se sont appliqués à montrer que le bacille de Koch provient d'un foyer tuberculeux préexistant dans l'organisme. Ce serait un foyer pulmonaire, pleural ou même ganglionnaire, qui serait le point de départ du bacille tuberculeux qui serait donc amené à l'appareil génital par la voie sanguine.

Cette opinion, évidemment, ne prête à aucune discussion, quand il s'agit de tuberculoses génitales manifestement secondaires à d'autres tuberculoses viscérales.

Mais, cette même théorie, par la voie sanguine, s'applique également à des cas de tuberculoses génitales primitives, que beaucoup d'auteurs se refusent à admettre, mais que l'observation oblige cependant à reconnaître.

Quoi qu'il en soit, les partisans de la théorie hémotogène admettent :

1° Qu'il existe un foyer tuberculeux originel, pouvant même être très limité et difficile à dépister cliniquement.

2° Ils admettent aussi que le bacille a pu pénétrer dans l'organisme par le pharynx ou l'intestin, sans

déterminer un foyer proprement dit au point d'inoculation. Dès son entrée dans les tissus, le bacille de Koch serait emporté par le torrent circulatoire ; il y aurait en somme « bacillémie sanguine » et localisation première dans la glande génitale.

Suivant les partisans de cette théorie hématogène, le bacille apporté par le sang se localiserait d'abord sur le testicule et n'envahirait que dans un second temps et par voie de propagation le reste de l'appareil génital, à savoir : l'épididyme, le canal déférent, la prostate et les vésicules séminales.

A l'appui de cet ordre d'apparition des lésions, les défenseurs de cette théorie citent des expériences faites par eux.

En effet, Jani montre qu'en inoculant le bacille dans le testicule d'un cobaye, on arrive à déterminer régulièrement des lésions épididymaires prépondérantes.

De même, Brünner, à la suite de recherches anatomopathologiques, affirme que les lésions du canal déférent vont en diminuant d'intensité au fur et à mesure qu'on s'éloigne du testicule et qu'on se rapproche des vésicules séminales.

Plus tard, Baumgarten, en 1901, expérimente sur des cobayes. Il inocule le bacille tuberculeux dans la tête ou la queue de l'épididyme, après avoir fait une ligature au-dessus du point inoculé ; il constate que l'infection tuberculeuse se propage le long du canal déférent, selon donc le cours du sperme, et atteint ainsi la prostate, au bout de quatre à cinq semaines.

A la suite de ces expériences, il fut donc admis par ces différents auteurs qu'il existe une tuberculose épididymo-testiculaire primitive, par voie sanguine et préexistant à la tuberculose génitale profonde.

A l'appui de cette manière de voir, nous pouvons noter l'Observation I.

OBSERVATION I. (Docteur J. BOUGLÉ. *Bulletin de la Société d'Anatomie*. Décembre 1899.)

Charles P., 20 ans, vient consulter à l'hôpital Broussais pour une affection du testicule droit.

A droite : la glande génitale a le volume d'un gros œuf de poule. Exploration indolente.

A gauche : testicule petit, atrophié. Sur l'épididyme : 2 petits kystes épididymaires.

Il y a 15 jours, le malade perçoit une sensation de pesanteur.

Etat général bon : Aucun viscère ne présente de signe de tuberculose, pas de ganglions.

Le toucher rectal ne permet de noter rien d'anormal du côté de la prostate. Vésicule séminale gauche : normale.

Pourtant, la vésicule séminale droite semble augmentée de volume, elle est sensible à la pression.

Un traitement aux injections intersticielles de naphthol camphré est pratiqué pendant plusieurs mois. Résultat curatif nul, mais la vésicule droite a diminué de volume et n'est plus sensible à la pression (juillet).

En octobre, après une légère attaque de grippe, le malade maigrit ; le volume du testicule ne diminuant pas, la castration est pratiquée le 6 décembre. Le canal déférent paraît absolument indemne.

L'examen de la pièce et l'histologie confirment le diagnostic de tuberculose.

L'auteur concluait, à propos de cette observation :

1° Qu'il ne s'agissait pas là d'une orchio-épididymite tuberculeuse aiguë, mais d'une forme à début latent, insidieux.

2° Que du côté de la vésicule séminale droite, il s'agissait d'une simple poussée congestive dans laquelle le bacille de Koch ne jouait aucun rôle.

3° Qu'il fallait remarquer l'intégrité parfaite du canal déférent montrant que le mal n'avait pas atteint encore les voies génitales profondes.

II. — *Infection de l'appareil épидидymo-testiculaire par la voie prostatovésiculaire*

Pour d'autres auteurs, en effet, le sang n'apporterait pas directement le bacille tuberculeux dans l'appareil épидидymo-testiculaire, mais plutôt dans la prostate et les vésicules séminales. Ces organes seraient donc primitivement atteints, par la voie sanguine, et de là les bacilles seraient charriés par voie rétrograde, déférentielle, jusqu'à l'épididyme d'abord, puis au testicule ensuite.

Les plus ardents défenseurs de cette interprétation furent, dès la fin du siècle dernier et au début du xx^e siècle, les chirurgiens français : Guyon, Lancereaux, puis Legueu. A l'étranger, nous pouvons citer Kocher, Kônig, Keyes, etc.

Nous rapportons ici un article de Lancereaux, avec l'observation qu'il y ajoute lui-même.

Comme ce chapitre est simplement un chapitre d'exposition, nous enregistrons cette observation sans la commenter.

Ainsi s'exprime Lancereaux, dans les *Annales de Guyon* (année 1883), dans un article intitulé « La tuberculose primitive des voies génitales, sa marche ascendante et les indications pratiques qui en découlent ».

« La tuberculose des testicules affecte tout d'abord la prostate, puis les vésicules séminales, les canaux déférents et l'épididyme ; elle a ainsi une marche ascendante, qui rappelle celle de la blennorrhagie s'étendant aux testicules, et il n'est pas rare, dans ces conditions, de rencontrer des granulations tuberculeuses jusque sur la membrane muqueuse de la portion membraneuse de l'urèthre. Le fait qui suit, choisi entre plusieurs autres semblables, est un exemple de la marche toute particulière de la tuberculose des voies génitales ; il mérite une attention d'autant plus grande qu'il est contraire à une opinion généralement répandue et qui paraît tendre à s'accréditer de plus en plus dans la science. »

OBSERVATION II

E. O., 32 ans, corroyeur, homme robuste, ancien militaire, hospitalisé le 10 janvier 1880.

Les 2 testicules dont se plaint le malade sont l'un et l'autre altérés. Les 2 épididymes très volumineux sont renflés, indurés et ramollis par places, distincts du corps du testicule qui est augmenté de volume, du moins à droite.

Le toucher rectal indique que la prostate est bosselée, fortement tuméfiée.

Le 24 février, après des désordres notables (généralisation aux ganglions lymphatiques prévertébraux, propagation de l'infection au sac péritonéal, diarrhée, ascite), le malade meurt.

A l'autopsie : On trouve la prostate quintuplée de volume, et à l'incision on voit qu'elle est toute entière transformée en une masse caséeuse, molle, qui, sur un point, a fini par perforer l'urèthre. Les vésicules séminales sont tuméfiées et tapissées dans toute leur étendue par des productions jaunâtres caséeuses. Les canaux déférents sont épaissis et également altérés. Les épидидymes sont tuméfiés et transformés en 2 masses caséeuses non ramollies qui envoient jusque dans la substance du testicule de petits prolongements sous forme de languettes partant du corps d'Highmore, preuve de l'extension de la lésion de l'épididyme à la substance propre du testicule.

Lancereaux ajoute que cette marche ne peut être regardée comme une exception, mais comme l'expression d'une loi générale qu'il avait déjà signalée autrefois dans son *Atlas d'anatomie pathologique*.

Plus récemment encore, les auteurs anglais se sont occupés du mode d'invasion de l'appareil génital de l'homme par la tuberculose ; parmi eux, nous mentionnerons les Docteurs Keyes et Macfarlane-Walker. Ils pensent que les lésions prostatiques précèdent les lésions de tuberculose épидидymaire.

En particulier, Walker (1913), chez 20 malades atteints de tuberculose génitale, a pu mettre en évidence des symptômes d'irritation prostatique qui auraient précédé l'apparition des lésions testiculaires, ces symptômes étant, nous le savons, « la douleur, la

fréquence des mictions, l'écoulement urétral sans infection gonococcique, l'hématurie, l'éjaculation sanglante ou teintée de sang ». En outre, dans toutes les autopsies que cet auteur a pratiquées, les lésions tuberculeuses de la prostate lui ont semblé d'âge plus avancées que celle du testicule. Dans nombre de ces cas, la prostate était réduite à une coque entourant un abcès tuberculeux, tandis que les lésions testiculaires n'avaient pas atteint le stade de la caséification. En outre, le Docteur Walker s'attache à montrer que, dans la plupart des cas où la tuberculose attaque l'appareil testiculo-épididymaire, c'est l'épididyme qui est pris d'abord. Il n'admet pas comme explication de ce fait le calibre réduit et la tortuosité des vaisseaux de l'épididyme, ou encore l'infection antérieure de l'organe. La seule raison qu'il suppose pouvoir donner satisfaction est d'accepter la théorie d'infection le long du canal déférent. Il note également, à ce propos, que dans tous les cas observés par lui les premiers symptômes de l'affection épididymaire apparurent au niveau de la queue de l'épididyme.

Nous reviendrons dans notre Chapitre III sur les idées et sur les expériences du Docteur Walker, ainsi que de tous les auteurs dont les travaux récents montrent la possibilité d'une infection bacillaire remontant du carrefour prostatique à l'organe épididymo-testiculaire.

III. — Infection épидidymaire par la voie uréthro-déférentielle

Cette théorie a été d'abord soutenue par Verneuil, puis elle fut reprise par Conheim, Verchère, Fernet.

Le bacille tuberculeux pénétrerait par le conduit uréthral, arrivant ainsi directement de l'extérieur.

Ainsi, le coït avec une femme tuberculeuse ou du moins ayant des lésions tuberculeuses des organes génitaux, métrite par exemple, pourra être l'occasion de l'infection de l'individu pratiquant le coït. Ce mode d'infection serait ainsi comparable à celui de l'invasion gonococcique.

Cette théorie, qui a eu ainsi quelques défenseurs, a, par contre, beaucoup d'ennemis. Nous ne discuterons pas sur ces querelles scientifiques, pourtant nous ne pouvons nous abstenir de relater ici les expériences faites depuis un peu plus de vingt ans et dont les résultats sont nettement en faveur de la théorie de Verneuil.

En 1900, Paladino-Blandini, dans une série de recherches, étudie la marche d'un germe donné, déposé à l'ouverture du méat. Il observe que bactéries mobiles et immobiles, pathogènes ou non pathogènes, vont de l'urèthre jusque dans l'épididyme, sans se soucier des mouvements en sens contraire des cils vibratils de l'épithélium, ni des courants liquides descendant par voie d'excrétion.

C'est ainsi que tombait en partie l'objection faite par Reclus à Verneuil, au sujet de la prétendue impossibilité pour un bacille immobile, tel que celui de la tuberculose, de remonter jusqu'à l'épididyme en allant

contre le courant, et d'y déterminer ensuite un processus spécifique.

Pour compléter ses recherches, Paladino-Blandini aborde la question au point de vue du bacille tuberculeux.

Portant dans l'urèthre d'un cobaye mâle une squasme d'une culture pure dans le sérum du sang, du bacille de la tuberculose, il trouve dans des expériences successives que le bacille se rencontre toujours dans l'épididyme 30 heures après l'inoculation. Deux fois sur 10 seulement, il le trouve également à ce moment dans le testicule.

En outre, à titre de vérification, il pratique des expériences de contrôle. Réséquant le canal déférent d'un des 2 épididymes, il fait ensuite une inoculation dans l'urèthre. Seul l'épididyme dont le canal déférent était intact, montrait la présence du bacille de Koch.

De nouvelles expériences, pratiquées dans le même but, ont été faites plus récemment par Delli-Santi, en Italie, Hansen, à Copenhague. Au point de vue clinique, depuis le mémoire de Fernet (1885), *Tuberculose génitale à la suite de rapports sexuels*, nous n'avons pas retrouvé, dans les observations publiées ces dernières années et que nous avons eu l'occasion de parcourir, d'exemples probants en faveur de cette théorie. Toutefois, il est digne de remarquer qu'un certain nombre d'auteurs, dans la discussion d'observations relatives à des malades atteints de tuberculose génitale, envisagent quelquefois l'éventualité de la contamination sexuelle, mais l'éliminent...

IV. — *Infection descendante réno-vésicale*

C'est là l'interprétation de Cayla (thèse de Paris, 1887), d'après laquelle « l'infection tuberculeuse suit le cours de l'urine et remonte le cours du sperme ».

Avant Cayla, déjà Cohnheim considérait la tuberculose uro-génitale comme une maladie d'excrétion. Il disait : « La tuberculisation est une maladie d'expulsion, le virus circule dans les liquides de l'organisme et il est excrété par les reins ; ce virus pénètre dans les voies urinaires et il peut devenir le point de départ de tubercules dans le bassinet, dans l'uretère, dans la vessie et même dans la partie prostatique de l'urèthre, puis, enfin, dans les vésicules séminales, le cordon, l'épididyme et le testicule. »

Pour Durand-Fardel également, le « parasite » circulerait dans le sang, et c'est ainsi qu'il est transporté jusqu'au rein. Cet auteur montre que le bacille de Koch aborde le rein par le bouquet vasculaire du glomérule de Malpighi, de là, il gagne les tubes urinaires et est emporté dans les canaux d'excrétion ; là il pullulera naturellement dans les points de stase : calice, bassinet, bas-fond vésical, urèthre prostatique, et enfin envahira à contre-courant les vésicules séminales, le canal déférent, l'épididyme et le testicule.

Cayla, de même, reconnaît comme une des causes de cette contamination descendante, une pullulation dans les points de stase : calice, bassinet ; la stagnation dans le bas-fond vésical, l'urèthre prostatique. A ce propos, Cayla prétend que le vrai sphincter vésical ne serait pas au col, mais serait placé plus loin sur la

portion membraneuse de l'urèthre, le vrai sphincter serait le muscle de Wilson.

En outre, il est intéressant de noter la manière de voir de Cayla quant à la propagation du bacille tuberculeux dans les voies génitales proprement dites. Pour lui, le courant est non pas rétrograde, mais indifférent, et ce n'est que d'une façon intermittente que le sens du courant s'affirme au moment de l'éjaculation. La stagnation des produits, les anfractuosités que présentent ces conduits sont des conditions éminemment favorables à l'inoculation et au développement des produits infectieux. Cayla compare même le processus à celui de certaines néphrites, de ces « néphrites ascendantes qui sont les néphrites des prostatiques, des calculeux, des rétrécis, des malades chez qui l'excrétion urinaire ne peut se faire normalement ».

OBSERVATION III (*Thèse* de Cayla, Paris, 1887).

G. Joseph, 45 ans. Entre à l'hôpital le 20 mars 1886. Homme robuste. Pas de maladie dans l'enfance. A 23 ans, chancre syphilitique qui est soigné. Pas d'accidents secondaires. A 24 ans, blennorragie qui dure 6 mois : pas d'orchite, ni de cystite.

Depuis quelque temps : miction douloureuse. Il y a 11 mois : vive douleur dans le testicule gauche, puis les bourses et la région périnéale se tuméfient. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu où l'on diagnostique une infiltration d'urine.

Intervention : incision. Un mois après, le malade sort mais conserve une fistule périnéale.

Il entre de nouveau à l'hôpital le 20 mars, dans le service du Professeur Richet. Examen : aux bourses, à gauche, on sent une sorte de tumeur fluctuante. A droite :

on sent de l'induration et un petit noyau isolé du testicule à la partie supérieure. Le cordon droit est augmenté de volume. La prostate est volumineuse avec des noyaux d'induration. A l'auscultation : quelques signes d'induration du sommet droit. Des abcès se formant à la partie postérieure des bourses, la castration est pratiquée le 14 avril (testicule gauche) : le canal déférent est plein de pus ; on note des abcès dans l'épididyme et dans le corps d'Highmore.

Le malade meurt quelques jours après.

Autopsie le 18 avril 1886 : aux poumons, adhérence pleurale à droite ; au sommet gauche, tubercules crétacés, à droite ils sont plus rares.

Cavité abdominale : Le péritoine pariétal et viscéral est criblé de tubercules miliaires, le foie est énorme.

Rein gauche : volumineux, globuleux ; pas de trace de tubercule ; uretère sain.

Rein droit : on aperçoit à la coupe une grande cavité remplie de matières caséuses ; l'uretère est gros, mais son calibre n'est pas augmenté.

La vessie est entourée d'exsudats ; on note un semis de granulations tuberculeuses au niveau des embouchures des uretères et à l'origine de l'urèthre.

La prostate et les vésicules séminales sont confondues dans une masse fibreuse ; dans la partie centrale de cette masse sont des cavités anfractueuses avec quelques foyers caséux. On retrouve difficilement le canal déférent droit, il est dur, augmenté de volume, sa cavité contient de petits amas grenus. En poursuivant, on trouve 2 foyers caséux dans la tête et la queue de l'épididyme. Le testicule droit est sain.

CHAPITRE III

Notre Opinion personnelle.

Après avoir, dans le chapitre précédent, exposé les différentes opinions professées actuellement pour expliquer l'infection tuberculeuse des voies génitales, nous allons essayer d'arriver, en plusieurs étapes, à montrer qu'il y a plus souvent qu'on ne le pense des tuberculoses génitales primitives, dont les lésions débutent dans l'appareil génital profond : prostate et vésicules séminales.

Nous tâcherons d'établir les différents points suivants :

- 1° La tuberculose peut se localiser d'emblée dans l'appareil génital.
- 2° Dans la tuberculose des organes externes : testicule et épидидyme, ce sont les lésions épидидymaires qui prédominent et qui apparaissent les premières.
- 3° Dans le cas de localisations tuberculeuses à l'épididyme, les lésions prostatovésiculaires ne sont pas toujours décelables.

- 4° L'appareil génital profond peut être le siège de la tuberculose sans lésions épидидymaires.
- 5° La tuberculose peut envahir l'appareil génital externe et l'appareil génital profond, mais la date respective de début de ces divers accidents être difficile à déterminer.
- 6° Le début de certaines tuberculoses envahissant toutes les voies génitales, est nettement profond.

Comme en médecine plus peut-être que partout ailleurs, c'est l'accumulation de faits semblables qui entraîne la conviction, pour chacun des points que nous voulons établir, nous citerons quelques observations parmi celles qu'il nous a été permis de parcourir.

I. La tuberculose peut se localiser d'emblée dans l'appareil génital.

Des individus jusque-là indemnes de toute tare tuberculeuse viscérale, osseuse ou ganglionnaire, peuvent présenter à un moment de leur existence une localisation tuberculeuse unique et siégeant dans l'appareil génital. C'est là en somme la réfutation de la loi de Louis; Reclus, nous l'avons vu, le signalait déjà en 1876; le Professeur Villard, en 1894, revenait sur cette notion. D'une manière plus générale, il est aujourd'hui admis par de très nombreux savants (à la suite d'observations cliniques, nécropsiques, microscopiques et bactériologiques) que les tuberculoses locales

peuvent être primitives, isolées et exister enfin sans participation des poumons, à la tuberculose locale.

Bien mieux, à notre point de vue particulier, des lésions tuberculeuses génitales peuvent se rencontrer isolées sans autre foyer tuberculeux dans l'organisme. Les preuves de cette localisation unique sont nombreuses actuellement, et les observations abondent dans les publications médicales des vingt dernières années.

Ainsi, les Docteurs Bouley et Thorndike publiaient, en 1902, dans « The Boston Medical and Surgical Journal », les chiffres suivants :

Sur 75 cas de tuberculose génitale, 39 sont absolument sans aucun antécédent morbide.

Sur les 36 malades restants: l'attention est attirée vers l'appareil pulmonaire; on trouve des lésions non tuberculeuses chez 23 malades. Les 13 autres malades sont des tuberculeux pulmonaires.

Sur ces 13 derniers malades: 3 seulement présentent, outre la tuberculose pulmonaire et génitale, d'autres foyers tuberculeux (Mal de Pott, Coxalgie).

Ainsi donc, d'après cette statistique américaine, sur 75 individus présentant de la tuberculose génitale, chez 62 d'entre eux, cette lésion est la seule manifestation morbide de l'organisme.

De même, en 1906, le Professeur Guisy, de l'Université d'Athènes, signalait les chiffres suivants :

Sur 269 cas de tuberculose observés dans différents points du corps, cet auteur note 86 cas de tuberculose des organes génito-urinaires, dont 45 cas de tuberculose génitale. Ces 45 cas étaient ceux de malades

présentant une localisation unique de la tuberculose de l'appareil génital, et que le Professeur Guisy distingue ainsi :

16 cas de tuberculose des organes génitaux profonds (prostate, vésicules séminales.

et 29 cas où toutes les voies génitales sont atteintes par la tuberculose (prostate, vésicules, canaux déférents, épидидyme et testicule).

Enfin, dans une période plus près de nous, nous trouvons la statistique du Service Civile, du Professeur Marion, statistique publiée par le Docteur Marinenco (1912).

Sur 96 malades atteints de tuberculose génitale, 12 seulement présentaient des lésions tuberculeuses dans d'autres organes. Ainsi, chez 84 malades, la tuberculose génitale a été primitive et a été la seule localisation du processus tuberculeux dans l'organisme.

Pour illustrer ces statistiques, nous citerons seulement deux observations prises parmi de nombreuses.

Nous en relevons une dans la thèse de M. Villard (Lyon, 1894), provenant elle-même du « Bulletin de la Société anatomique », 1887, et publiée par Ch. Féré.

OBSERVATION IV

R. Joseph, 54 ans. Bonne santé habituelle. 2 gonorrhées sans orchite.

En janvier 1887, suintement urétral survenant le matin sans douleur, puis mictions devenant douloureuses et fréquentes, avec quelques gouttes de sang à la fin.

A la fin de février : par hasard, le malade s'aperçoit que le testicule droit était volumineux et douloureux.

Le 27 mars 1887 : A son entrée, les 2 testicules sont fortement augmentés de volume, épидидymes difformes, prostate volumineuses et bosselée, ainsi que les vésicules séminales.

Septicémie. Granulie. Mort.

A propos de la discussion de cette observation, M. Villard dit déjà: « Nous pensons que la tuberculose génitale est beaucoup plus fréquemment primitive qu'on ne le croit. Dans la moitié des cas observés, les lésions pulmonaires sont absentes et nous sommes persuadés que si l'on pouvait examiner les malades tout à fait au début, ce ne serait que dans un tiers des cas que l'on trouverait des lésions pulmonaires. »

OBSERVATION V (Docteur LE CLERC. *La Clinique*, 19 novembre 1909).

M. X., 71 ans : homme encore solide, n'ayant jamais été malade.

Antécédents héréditaires : Père mort à 50 ans d'une affection de langueur ; mère morte à 40 ans à la suite d'une lésion abdominale de nature indéterminée.

3 frères : l'aîné bien portant ; les 2 autres morts l'un de fièvre typhoïde, l'autre de faiblesse générale.

Marié, 3 fils dont l'un garçon de forte constitution est mort en 1905 d'une laryngite tuberculeuse ayant évolué chez un alcoolique.

Antécédents personnels : néant.

M. X. fut pris tout à coup au commencement de novembre 1905, de douleurs lancinantes dans le testicule droit qui augmenta rapidement de volume.

Ce gonflement diminua peu à peu. Consécutivement, le canal déférent se tuméfia.

Le 2 décembre : abcès au niveau de l'épididyme.

Le 14 décembre : ouverture de l'abcès : issue de pus chocolat.

Le 15 décembre : Castration.

Le 30 décembre : poussée congestive du côté de l'épididyme gauche, douleurs lancinantes.

Le 6 janvier : l'épididyme est encore tuméfié, mais il n'est pas douloureux.

Malade revue au mois d'octobre 1909 : guérison maintenue. Aucune autre lésion tuberculeuse n'est apparue. La bonne santé s'est maintenue.

Ainsi, nous admettons la tuberculose génitale primitive, nous nous cantonnerons dans l'observation de cette infection locale.

Nous éliminons ainsi de notre étude l'hypothèse de Cayla, à savoir la théorie faisant toujours de la tuberculose génitale une suite des lésions de l'appareil urinaire.

D'autre part, depuis la publication de Fernet (1885), nous n'avons plus retrouvé d'observations où l'auteur admette d'une façon absolue la contamination tuberculeuse génitale par le coït. D'ailleurs la métrite tuberculeuse est assez peu fréquente, et les produits pathologiques excrétés dans cette affection sont assez peu virulents. En outre, on ne voit pas signaler des cas d'ulcérations tuberculeuses du gland qui seraient assez fréquentes si la contamination vénérienne était réelle.

Tout en reconnaissant la justesse des remarques de Verneuil, et des expérimentations nombreuses quant à la possibilité de l'infection tuberculeuse le long de l'urèthre et des voies spermatiques, après inoculation

préalable de l'urèthre, nous ne croyons pas à la contamination uréthrale directe, chez l'homme, à la suite du coït.

D'ailleurs la tuberculose génitale primitive s'observe aussi chez l'enfant et cette théorie serait à rejeter en pareil cas.

II. Dans la tuberculose des organes génitaux externes: épидидyme et testicule, ce sont les lésions épидидymaires qui prédominent et qui apparaissent les premières.

Comme quelques auteurs, nous distinguerons provisoirement dans l'intérêt de notre étude, l'affection tuberculeuse des voies génitales profondes (prostate, vésicules séminales) de celle des organes génitaux externes: testicule et épидидyme.

Il est de notion courante que la tuberculose des conduits et des réservoirs n'est probablement jamais primitive; elle serait secondaire à l'infection des glandes qui y déversent leurs sécrétions. Suivant cette constatation, d'ordre général, l'épididyme devrait être atteint par la tuberculose, secondairement à la glande testiculaire. Or, ceci n'est pas. Dans la majorité des cas de tuberculoses qualifiées de « testiculaires », en réalité l'épididyme seul est atteint.

Tout d'abord, les cas sont extrêmement rares où l'on diagnostique une lésion tuberculeuse du testicule sans que l'examen ne révèle de lésion épидидymaire. C'est ainsi que le Docteur Mackfarlane-Walker, de Londres, ne note que 4 cas dans la littérature et 1 cas

personnel où le testicule était tuberculisé sans lésion épididymaire.

Au contraire, et surtout dans les lésions jeunes, on constate que l'épididyme est le siège d'une tuberculose isolée. Les opérations de castration en particulier ont permis de noter ce fait. Selon Beck, dans la moitié des cas, il est vérifié à l'opération que l'épididyme est pris seul, alors que le testicule ne l'est pas.

Les chiffres varient avec l'âge des lésions. Haas, par exemple, note des lésions associées dans 18 p. 100 des cas seulement deux mois après le début de l'affection; dans 40 p. 100, six mois après le début; 60 p. 100 au-delà d'un semestre.

Burns, également, reconnaît que l'on peut trouver dans l'appareil génital externe, le testicule envahi par les lésions tuberculeuses dans 60 p. 100 des cas, à la condition que les lésions épididymaires remontent déjà à plus de 6 mois.

Les chiffres de Marinesco sont à peu près semblables: en pleine évolution des lésions, sur 96 malades, dans 50 cas le testicule était pris.

Parmi de nombreuses observations, où nous avons noté que le testicule semblait sain, nous relatons les deux suivantes :

OBSERVATION VI (M. SIEUR, *Société de Chirurgie*, 1899).

L. G., soldat, 14^e escadron du train des équipages.

Rentre à l'hôpital, parce que le testicule gauche devient plus volumineux et est légèrement douloureux.

Début il y a 2 mois. Tuméfaction de la partie gauche du scrotum.

A l'entrée, l'examen pratiqué révèle que c'est la masse épидидymaire qui est fortement augmentée de volume, tandis que le testicule lui-même a conservé son volume normal.

La castration est pratiquée le 16 juillet 1894.

Les constatations précédentes sont vérifiées macroscopiquement et microscopiquement.

OBSERVATION VII (Docteur LAPEYRE. *Archives de Chirurgie*. Novembre 1910).

X., 39 ans, consulte pour augmentation de volume des bourses, avec douleurs.

A l'examen : noyaux épидидymaires indurés et volumineux des 2 côtés. Adhérence à la peau et un peu de ramollissement à gauche.

Pas de fistule. Les 2 testicules sont sains. Quelques nodosités à l'origine des déférents.

Les 2 vésicules apparaissent au toucher bosselées et douloureuses.

Opération : Vaso-épидидymectomie double. Conservation des testicules.

Le malade est revu peu de temps après : Guérison locale. Le malade a engraisé.

Au dernier examen (20 septembre 1910) :

- 1) Les vésicules encore augmentées de volume ne sont plus douloureuses,
- 2) Les testicules non augmentés de volume ne sont pas douloureux.

III. *Dans le cas de localisation tuberculeuse à l'épididyme, les lésions de l'appareil génital profond peuvent ne pas être décelables cliniquement.*

Dans notre étude, nous entendons par tuberculose génitale, l'envahissement de toutes les voies génitales : glande, conduits, appareil génital externe et profond ; pour nous, ces différents « segments » de l'appareil

génital: testicule, épидидyme, canal déférent, vésicule séminale et prostate, sont plus ou moins envahis par la tuberculose, à des degrés différents, à des dates différentes il est vrai.

Nous venons de voir que l'épididyme semblait, dans la majorité des cas, être tuberculisé plus précocement que le testicule; nous sommes obligés de reconnaître d'autre part que souvent les lésions épидидymaires attirent l'attention du malade, sont diagnostiquées par le médecin, alors que les lésions profondes semblent ne pas exister encore.

Les observations publiées par les différents auteurs ne sont pas extrêmement nombreuses, car tous et même les partisans de l'infection tuberculeuse avec point de départ épидидymaire, reconnaissent que les organes profonds présentent rapidement des lésions tuberculeuses. Ce qu'ils n'admettent pas, c'est l'antériorité des signes cliniques de ces lésions dans le tableau de la tuberculose génitale.

Nous notons 3 observations où l'appareil génital externe est pris; dans 2 cas (observations VIII et IX), l'appareil profond ne semble pas pris; dans la troisième (observation X), l'auteur insiste sur ce fait que les vésicules séminales sont un peu volumineuses, mais sans signes de tuberculose.

OBSERVATION VIII (Service de M. le Professeur ROCHET).

Ti. Louis, 55 ans. Entré le 14 septembre 1901, sorti le 17 novembre 1901.

Le malade entre pour une épидидymite tuberculeuse droite.
Antécédents personnels : Néant.

Examen : L'épididyme droit est fortement augmenté de volume.

Le testicule semble avoir le volume normal.

Le toucher ne révèle rien du côté de la prostate.

Intervention : Il est pratiqué une épидидymectomie et un drainage tout le long de l'épididyme.

OBSERVATION IX (Service de M. le Professeur ROCHET).
Ta. Louis, 36 ans. Entré le 12 octobre 1903, sorti le 21 novembre 1903.

Le malade entre parce qu'il a le testicule droit augmenté de volume.

A l'examen : L'épididyme est tuméfié et présente des zones de ramollissement.

Il y a suppression des éjaculations uréthrales.

Au toucher rectal : on ne note rien du côté de la prostate.

Intervention : On pratique une épидидymectomie partielle.

Abouchement du canal déférent dans le testicule.

OBSERVATION X (Docteur BERGER. *Société de Chirurgie*. Juin 1899).

X., 26 ans. Tuberculose du testicule remontant à plusieurs mois déjà.

A commencé par du gonflement de l'épididyme gauche qui s'est graduellement accru.

Examen : Le testicule ne semble pas plus gros qu'à l'état normal.

Le canal déférent est dur, irrégulier seulement dans sa partie scrotale.

Le testicule droit et le canal déférent droit paraissent sains.

Toucher rectal : Les vésicules séminales sont assez volumineuses, mais souples, ne présentant aucun signe de tuberculose, ni bosselures, ni duretés.

Prostate saine.

Intervention : Castration avec ablation totale du déférent gauche.

IV. L'appareil génital profond peut être le siège de la tuberculose sans lésions épididymaires.

On peut en effet se trouver assez souvent en face de malades présentant des lésions tuberculeuses de la prostate et des vésicules séminales sans que l'examen, ni l'interrogatoire, puissent faire diagnostiquer une lésion épididymaire ou testiculaire.

Dans ces cas-là, il n'est pas douteux que les lésions de la prostate ou des vésicules séminales soient primitives. Il est en effet facile de s'assurer que le malade n'est porteur d'aucune lésion épididymaire; si l'interrogatoire ne permet pas toujours au médecin d'être certain que le malade n'a pas ressenti à une certaine époque de vagues douleurs lancinantes dans l'épididyme, s'irradiant vers le cordon, l'examen par contre n'offre plus la difficulté de celui des lésions profondes.

Quand l'épididyme a déjà été le siège de lésions tuberculeuses, on pourra avoir d'emblée l'attention attirée par une cicatrice de fistule, ou par une fistule suppurant encore, ou par un peu d'épanchement en certains cas. Enfin, au palper, le médecin avisé percevra nettement un petit noyau épididymaire discret ou à plus forte raison des lésions plus avancées.

A propos de ces cas de tuberculose génitale cantonnés dans la prostate où les vésicules séminales, il nous semble intéressant justement de rappeler qu'au Congrès de Chirurgie de Lisbonne (1906), le Professeur Tédénat, de Montpellier, parlant de la tuberculose prostatique, disait : « Assez fréquemment la tu-

berculose paraît bien débiter dans les organes génito-urinaires pelviens et particulièrement dans la prostate ».

Ce même auteur reconnaît qu'elle y reste souvent sans symptômes, mais que l'on peut observer des signes discrets d'urétrite, de prostatalgie. Il recommande l'intervention par la voie périnéale dès que les nodules tuberculeux commencent à se ramollir. Il signale en particulier 3 malades chez lesquels il a pratiqué le curetage des cavités pathologiques de la prostate avec bourrage avec de la gaze iodoformée. Il a revu ces malades respectivement au bout de 3 ans, 3 ans 1/2 et 6 ans. Aucun d'eux ne présentait aucune autre lésion tuberculeuse, ni dans l'appareil génital, ni dans le reste de l'organisme.

Le Professeur Guisy, d'Athènes, reconnaît la difficulté du diagnostic précoce des lésions tuberculeuses prostatato-vésiculaires quand il n'existe pas encore soit des lésions déféro-épididymaires ou des signes d'irritation vésicale. Toutefois, il signale que 2 fois il put soupçonner le début de lésions génitales par des éjaculations sanglantes chez un marin de 35 ans et un garçon d'hôtel de 28 ans.

Nous avons trouvé dans les observations du service de M. le Professeur Rochet, ainsi que dans la littérature de nombreux exemples de ces cas de tuberculose cantonnés à la prostate ou aux vésicules séminales. Nous rapporterons seulement les observations XI, XII, XIII et XIV; auparavant pourtant, nous ferons une remarque utile non seulement pour cette série

d'observations mais encore pour toutes celles où des lésions profondes: prostato-vésiculaires existent.

Théoriquement les 2 ordres de lésions : prostatiques et vésiculaires s'associent, mais pratiquement, en clinique, on a pu les dissocier parce que tel ou tel de ces organes s'objective plus que l'autre, ce qui peut faire penser que l'autre n'est pas pris.

Pour nous quand la vésicule est *grosse, indurée, douloureuse*, la prostate est prise aussi et si l'on cherche bien on y trouve des lésions. Mais l'inverse n'est pas vrai, il peut y avoir une tuberculose prostatique au début et rien d'apparent du côté de la vésicule.

OBSERVATION XI (Service de M. le Professeur ROCHET).

B. Antoine, 54 ans. Entré le 11 mars 1903, sorti le 10 juillet 1903.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Bonne santé habituelle ; pas de maladies vénériennes.

Le malade entre pour des troubles urinaires, début il y a un an : mictions douloureuses et fréquentes.

Actuellement : Mictions douloureuses, fréquentes, urines troubles.

Pas de sang, pas de graviers.

Pas de rétrécissement.

Toucher rectal : Prostate dure, augmentée de volume et bosselée.

Reins : Rien de notable à la palpation.

Testicules : Normaux.

Le 27 mars 1903 : Intervention : taille périnéale. Prostate dure, légèrement hypertrophiée. La prostate est enlevée en « sculptant » successivement ses deux moitiés. Elle est remplie de petits foyers caséux.

Examen histologique des fragments de prostate et de vésicule séminale : La prostate présente de grandes nappes caséeuses ; la vésicule ne présente ni tubercule, ni masse caséeuse.

OBSERVATION XII (Service de M. le Professeur ROCHET).

L. Alphonse, 29 ans, boulanger. Entré le 12 février 1904, sorti le 18 février 1904.

Antécédents héréditaires : Père en bonne santé, mère également. Frères et sœurs tous vivants et n'ayant jamais été malades.

Antécédents personnels : Aucune fièvre dans l'enfance. Aucune maladie vénérienne.

Il y a 7 ans : fièvre typhoïde.

Il y a 7 mois : le malade a des mictions fréquentes, sans douleurs. Etat stationnaire pendant 2 mois, puis le nombre des mictions s'élève à 12, à 15 par jour.

Actuellement : Mictions fréquentes : 12 à 15. Pas de douleurs.

Urines : Disque avec l'acide azotique, troubles et probablement légèrement purulentes.

Reins : on ne sent rien à la palpation.

Epididymes : normaux.

Toucher rectal : On note à la partie inférieure du lobe gauche de la prostate un noyau nettement bacillaire (Professeur Rochet).

OBSERVATION XIII (Service de M. le Professeur ROCHET).

G. Jean, 38 ans, mineur. Entré le 11 octobre 1905, sorti le 24 octobre 1905.

Antécédents héréditaires : 4 frères et sœurs bien portants ; 2 morts, à 2 et 4 ans.

Antécédents personnels : Le malade tousse l'hiver, mais a, malgré tout, une bonne santé habituelle.

Depuis 5 mois : Sensation de brûlure le long de l'urèthre. Urine toutes les heures, même la nuit. Jamais d'hématurie.

Les urines sont troubles depuis deux mois. Examen : Albumine.

On ne note pas de rétrécissement urétral.

Examen des reins : Les reins ne sont pas douloureux, ni perceptibles à la palpations.

Examen de l'appareil génital : Rien de particulier du côté des testicules ni de l'épididyme.

Toucher rectal : Le lobe gauche de la prostate présente des bosselures un peu ferme, faisant poser le diagnostic de prostatite bacillaire.

OBSERVATION XIV (Service de M. le Professeur ROCHET).

B. Jean, 51 ans, forgeron. Entré le 16 juin 1908, sorti le 11 septembre 1908.

Père mort d'accident à 52 ans ; mère morte à 66 ans, d'attaque (?).

1 frère et 1 sœur bien portants ; 6 morts en bas-âge.

Marié : Femme bien portante. 3 enfants bien portants, 1 mort de méningite.

Antécédents personnels : Bonne santé habituelle. Pas de maladie dans l'enfance.

Réformé pour varices à la jambe droite.

Il y a 2 ans : Insolation.

Profession assez pénible. Ethylisme.

Bleennorrhagie à 19 ans, ayant duré 2 mois 1/2. Orchite gauche ayant duré autant que l'urétrite.

Pas d'accidents spécifiques.

Il y a 8 mois, le malade commence à souffrir en urinant. Mictions fréquentes. Sensation de cuisson au méat.

Pas de douleur à la défécation.

Examen : Malade assez robuste. Mange bien, dort bien.

Urine 12 fois par jour. Urines assez troubles. Disque d'albumine.

Urèthre : Pas de rétrécissement ; le cathéter métallique ne décèle aucune pierre.

Reins : La palpation des reins ne montre rien de particulier.

Testicule : Rien de particulier.

Toucher rectal : Prostate pas très grosse, mais bosselée ; quelques-unes des bosselures sont assez dures. On songe à la tuberculose prostatique.

Le 17 juin : Inoculation d'un cobaye avec les urines.

Le 4 août : L'autopsie du cobaye montre des lésions tuberculeuses

V. La tuberculose peut envahir toutes les voies génitales, mais la date respective de début des lésions est difficile à déterminer.

1° On observe, en effet, de nombreux cas de tuberculose génitale où l'on note des lésions épидидymaires, mais où il est également aisé de faire le diagnostic de lésions profondes de la prostate ou des vésicules séminales. Les observations en sont nombreuses, nous rapporterons dans notre étude les observations XV, XVI, XVII, XVIII.

Dans tous ces cas où il y a coexistence des lésions profondes et externes, alors que le malade très souvent s'est peu observé et ne donne que des renseignements vagues, comment affirmer que telle lésion a débuté avant telle autre ?

Nous ne saurions trop insister sur la difficulté de faire le diagnostic précoce des lésions prostatovésiculaires. Au stade initial de l'affection trop souvent malheureusement on ne soupçonne pas l'état pathologique de ces organes, et ce n'est que lorsque de petites hématuries, ou des érections douloureuses ou des éjaculations sanglantes par exemple apparaissent que l'attention du malade est attirée.

Bien mieux si un médecin avisé pratiquait le toucher rectal dès le début des accidents, ce toucher ne permettrait pas toujours l'appréciation exacte des lésions de ces organes profonds, car l'augmentation du volume de la prostate, la sensation de noyaux, ainsi que les bosselures caractéristiques de la prostate n'apparaissent qu'assez tard.

Soupçonner les lésions profondes au début de leur évolution est donc une chose difficile et souvent c'est la coexistence des lésions déféro-épididymo-testiculaires qui est le « signal d'alarme ».

Moins nombreux sont, dans les classes peu aisées en particulier, les malades qui viennent consulter pour de simples troubles vagues de pesanteur périnéale, d'irritation prostatique, que ceux qui s'adressent au médecin parce qu'une petite fistule épididymaire vient à souiller leur linge.

Il est intéressant à ce propos de revenir sur la statistique des auteurs américains Bouley et Thorndike (1902).

Sur 75 cas de tuberculose génitale, ces auteurs étudient la notion d'âge, les antécédents l'existence antérieure de blennorragie, de lésions pulmonaires, etc..., et ainsi sur ces 75 cas ils trouvent :

Epididyme seul atteint.....	42 fois
Epididyme et testicule	32 —
Canal déférent	12 —
Vésicules	16 —
Prostate	13 —

Mais sur ces 13 malades chez lesquels ils constatent des lésions évidentes dans la prostate, ils sont tout étonnés de ne trouver qu'une seule fois des symptômes de prostatisme ayant attiré l'attention du malade !

Monsieur le Professeur Rochet, d'après l'observation de plusieurs centaines de cas de tuberculose, dans sa pratique chirurgicale, a eu l'impression en cherchant bien, car il avait l'esprit depuis longtemps orienté de ce côté, que chez les tuberculeux épидидymaires qui se sont présentés à lui, de nombreux avaient des lésions anciennes ou récentes de la prostate. Il a trouvé ainsi une fois sur trois environ des lésions prostatiques (30 à 35 p. 100). Ces lésions étaient parfois très apparentes mais on ne les avait pas cherchées systématiquement et le médecin ne les avait pas relevées. D'autres fois, par contre, il fallait un examen clinique assez minutieux pour les dévoiler, sentir des points douteux dans la prostate par le toucher rectal, interpréter des réactions sur la vessie, d'origine prostatique, de la pollakiurie, un peu de pyurie, etc...

2° A la fin de l'observation XVIII, nous pouvons remarquer que, malgré l'intervention (vaso-épididymectomie double) le malade revu à 2 années d'intervalle présentait encore de l'augmentation de volume et de l'induration des 2 vésicules séminales. Cette remarque nous amène à faire ici une digression et à tâcher d'envisager la question du traitement chirurgical de la tuberculose génitale sous un certain jour. Ce traitement, qu'il soit la castration, l'épididymectomie ou même le curetage local, peut-il, s'adressant

seulement à une partie du tractus génital, avoir un retentissement heureux sur les lésions siégeant sur le reste de l'appareil génital ? A notre avis, on doit répondre par l'affirmative à une pareille question.

Pourtant, en reconnaissant cette influence heureuse, nous ne partageons pas les idées de ceux qui voient dans l'amélioration des foyers non traités chirurgicalement, la preuve que la tuberculose se propageait, avant l'intervention, de l'endroit où a porté l'acte chirurgical vers la région non traitée, ici de l'appareil épидидymo-testiculaire vers le carrefour prostatique.

Beaucoup de partisans de la théorie d'infection bacillaire hématogène, avec début des accidents à l'organe épидидymo-testiculaire, considèrent, en effet, que du fait qu'à la suite de castration, d'épididymectomie, il y a amélioration des lésions profondes, c'est que, forcément, le « foyer originel » siège dans la portion épидидymo-testiculaire des voies génitales.

En toute bonne foi scientifique, nous sommes obligés de reconnaître qu'à la suite d'interventions chirurgicales, soit héroïques (castration), soit partielles (épидидymectomies, etc), on peut constater chez les malades ainsi opérés, l'amélioration des lésions prostatiques en particulier, les exemples en sont nombreux d'ailleurs. Toutefois, comme beaucoup le pensent, comme l'exposait si justement le Professeur Quénu, à propos de la castration, nous pensons que la suppression d'un foyer tuberculeux important aide à l'étouffement scléro-adipeux de foyers auxquels on n'a pas touché. Comme ajoute le Professeur Quénu

« qu'il s'agisse de bacille de Koch ou de streptocoque, l'antisepsie d'un foyer infecté consiste à mettre ceux-ci en état de minorité devant les cellules normales et en particulier les leucocytes. On n'est nullement autorisé à voir dans l'action curative de la castration sur certaines tuberculoses prostatiques une action véritablement spécifique. »

Si la suppression d'un foyer soulage suffisamment l'organisme malade pour que celui-ci puisse mieux se défendre, nous obtiendrons la guérison des lésions profondes ; dans le cas contraire, celles-ci persisteront, leurs symptômes ainsi que les examens pratiqués par le chirurgien les révéleront.

Assez nombreuses sont les observations répondant à cette dernière éventualité. Déjà, en 1885, un chirurgien français, M. Bouilly, le signalait à la Société de Chirurgie et présentait un malade auquel le Professeur Schwartz avait déjà fait subir la castration et chez lequel on retrouvait quand même de la tuberculose prostatique. M. Bouilly pratiqua un grattage complet de la loge prostatique réduite à une sorte de cloaque caséo-purulent, et le malade guérit.

De même, le Professeur Poirier, à la Société de Chirurgie (juin 1899), racontait l'histoire d'un de ses jeunes malades, de 14 ans, qui présentait de l'orchio-épididymite tuberculeuse bilatérale, avec lésions manifestes de la prostate et des vésicules. Il détruisit au thermo-cautère les foyers testiculaires, fit entreprendre un traitement général (saison au Mont-Dore, etc.) ; les lésions profondes semblaient s'être améliorées, mais, revoyant plusieurs mois après son jeune malade,

le Professeur Poirier était obligé de constater que les deux vésicules, la prostate et les canaux déférents étaient le siège de lésions tuberculeuses avancées.

Parmi toutes les observations que nous avons parcourues, assez souvent nous relevons aussi soit des lésions déférentielles, survenant tardivement après une castration, soit l'évolution des lésions tuberculeuses profondes.

Nous nous permettons de résumer ici l'observation de Ch. Jean, 19 ans, ayant fait un séjour de deux mois et demi à la Clinique d'urologie de M. le Professeur Rochet, de mai en août 1903. Chez ce malade, atteint de tuberculose génitale, on pratiqua la castration avec ablation du déférent et de la vésicule séminale droite. Le malade était revu le 30 décembre 1903, la prostate présentait encore des signes évidents de tuberculose (bosselée, avec des noyaux indurés).

Pour l'épididymectomie, les avis sont également partagés. Tandis que certains, Marinesco par exemple, notent dans tous les cas où l'épididymectomie est pratiquée l'amélioration des lésions prostatiques et vésiculaires, d'autres, comme Young (de Baltimore), ne reconnaissent pas le rôle curateur de cette intervention sur les vésicules. Ainsi Young publie, dans les « Archives de Chirurgie » de Chicago (mars 1922), une statistique qu'il a établie en collationnant des observations du « John Hopkins Hospital » et des observations publiées dans les revues médicales. Il conclut qu'après l'épididymectomie unilatérale ou la castration, la guérison ne survient que dans 19 pour cent des cas. Dans le reste des cas, on noterait l'invasion des

vésicules séminales, en particulier, malgré l'intervention, et dans certains cas même l'envahissement de l'autre testicule. Ce travail de Young confirme donc également que souvent l'envahissement profond n'est pas suffisamment sensible pour être diagnostiqué avant l'opération, mais que des lésions discrètes n'en existent pas moins et évoluent malgré l'intervention.

D'autre part, on peut voir, à la suite d'interventions locales sur l'appareil profond et de déférent, l'amélioration de lésions épидидymaires ou testiculaires peu importantes. C'est ainsi que le Docteur Quimby, de Boston, signale dans un cas la guérison d'un épидидyme présentant des nodules tuberculeux, à la suite de l'extirpation de la vésicule et du déférent du même côté et également malades ; dans un autre cas, après l'extirpation des deux vésicules, des cordons et des deux épидидymes, chez un malade atteint de tuberculose génitale, Quimby voit la rétrocession d'une lésion testiculaire qui débutait.

Nous considérons tous ces résultats heureux, comme nous l'avons déjà dit, comme étant l'amélioration qui doit normalement survenir quand un organisme débarrassé de foyers importants peut mieux lutter contre les autres foyers tuberculeux qui subsistent.

Pour clore donc cette assez longue parenthèse relative au traitement chirurgical, nous concluons dans ce sens :

On voit assez souvent, après les interventions basses, les lésions tuberculeuses profondes se maintenir et évoluer. Dans le cas où celles-ci s'améliorent, nous

ne voyons pas là une preuve de la marche des lésions tuberculeuses de l'épididyme vers la prostate.

OBSERVATION XV (Service de M. le Professeur ROCHET).

O... Gabriel, 22 ans, cultivateur, entré le 26 juin 1901, sorti le 16 juillet 1901.

Antécédents personnels : Néant.

Entre à l'hôpital parce qu'il présente du gonflement du testicule droit.

A l'examen : Epididymite tuberculeuse.

Toucher rectal : Présence d'un noyau à la base droite de la prostate.

L'épididymectomie est pratiquée.

Le malade rentre à nouveau le 11 septembre. Sorti le 18 octobre 1901.

On note, cette fois, la présence de petits foyers épididymaires à gauche.

Au toucher rectal : Le noyau de la base de la prostate semble se prolonger vers la vésicule séminale droite et le canal déférent du même côté.

Intervention : On procède au curetage des foyers épididymaires gauches.

OBSERVATION XVI (Service de M. le Professeur ROCHET).

P. Jules, 49 ans, cultivateur, entré le 22 juillet 1901, sorti le 21 août 1901.

Rentré le 1^{er} octobre 1901, sort le 12 novembre 1901.

Antécédents personnels : Pas de maladie de l'enfance.

Bonne santé habituelle.

Il y a 4 ans : Affection du testicule (?) : gonflement des testicules, s'accompagnant de pesanteur périnéale et de ténésme.

Actuellement : Le malade consulte, parce qu'il a des mictions douloureuses. Pollakiurie. Hématurie. Urines purulentes.

Examen : A la palpation, on trouve les 2 épидидymes gros et durs.

Toucher rectal : Il permet de noter un gros noyau du lobe droit de la prostate, faisant penser à la tuberculose prostatique.

Le malade étant sorti en août, revient à l'hôpital en octobre. On constate de l'aggravation des symptômes prostatiques. Au toucher rectal on note la tuméfaction totale de la prostate, qui s'est abcédée.

On procède à la taille périnéale et au curetage du foyer purulent.

OBSERVATION XVII (Docteur LE CLERC. *La Clinique*, 19 novembre 1909). Tuberculose génitale. Tuberculose péritonéo-ganglionnaire secondaire.

X., 24 ans, employé des douanes, portait, depuis quelque temps, sans en souffrir, une tuméfaction testiculaire. A la fin de mars 1897 : vomissements, diarrhée, douleurs dans le côté gauche du ventre.

En mai : état fébrile. Troubles gastriques, ballonnements du ventre.

Le 23 juin, examen : Dans le ventre, à gauche, on sent une masse grosse comme la tête d'un fœtus ; à droite : chapelets de ganglions.

Le testicule gauche est augmenté de volume, mais régulier, non douloureux. L'épididyme est irrégulier et bosselé ; le cordon volumineux présente un noyau induré. Toucher rectal : Gros noyau dur dans le lobe droit de la prostate.

Le malade meurt dans le courant de juillet.

L'auteur conclut : Voilà, en somme, un cas où la généralisation s'est faite hâtivement de l'appareil génital vers les ganglions et le péritoine.

OBSERVATION XVIII (Docteur LAPEYRE. *Archives de Chirurgie*, novembre 1910).

X., 39 ans, cultivateur. Etat général médiocre. Pas de lésions pulmonaires, ni ganglionnaires.

Présente de l'épididymite tuberculeuse double : noyaux indurés et volumineux des 2 côtés. Quelques nodosités à l'origine des déférents. Les testicules paraissent sains.

Au toucher rectal : Les 2 vésicules apparaissent augmentées de volumes, bosselées et douloureuses.

Le malade a des mictions fréquentes, mais les urines sont claires. La vessie paraît intacte.

Intervention pratiquée en mars 1908. Vaso-épididymite double.

Le malade est revu en septembre 1910. Les 2 testicules sont restés de volume normal. Aucun noyau dans le cordon. Mais les deux vésicules sont encore augmentées de volume, indurées, mais non douloureuses.

VI. Le début de certaines tuberculoses envahissant toutes les voies génitales est nettement profond.

Cette constatation n'a rien d'une innovation, la théorie de l'invasion tuberculeuse des voies génitales à début prostatovésiculaire a eu déjà d'illustres défenseurs. Non moins brillants ont été nombre des ennemis de cette théorie.

Quels arguments ces derniers auteurs apportent-ils pour discréditer la manière de voir de Guyon, de Lancereaux, de Legueu, de Kocher...

Ils disent : que le bacille de Koch, avant tout, ne peut cheminer de la prostate vers l'épididyme, ne pouvant lutter contre le courant spermatique.

Que les lésions déférentielles sont disposées en chapelet et semblent s'atténuer de l'épididyme vers les régions profondes.

Ils arguent de l'influence heureuse sur les lésions profondes du traitement chirurgical portant sur le testicule ou l'épididyme.

Ils pensent que l'observation fréquente de tuberculoses génitales à la suite de traumatismes sur les bourse est une bonne raison de croire que les lésions débutent par l'épididyme.

Que peut-on répondre à toutes ces objections ? Baumgarten, nous l'avons déjà vu, expérimentant, en 1901, sur des cobayes, n'avait jamais pu obtenir, chez ces animaux, la propagation du bacille tuberculeux de l'urèthre prostatique, qu'il contaminait, vers le testicule. Or, depuis, nous le savons, nombreuses ont été les expériences qui ont prouvé que cette contamination était possible.

Nous avons déjà parlé des travaux d'Antonino-Paladini, de l'Université royale de Naples (1900).

Nous citerons encore les expériences de Delli-Santi (1903), qui injecta dans l'urèthre d'un animal d'expérience, une culture de tuberculose, il lia tout le cordon, sauf le canal déférent ; au bout de quelques jours, le testicule fut pris, broyé, une solution du produit obtenu fut injectée à des cobayes auxquels elle donna la tuberculose.

De même, le Docteur P.-N. Hansen, de Copenhague, faisant des recherches expérimentales sur la tuberculose génito-urinaire, nota, dans une série d'expériences, les constatations suivantes :

Chez 4 lapins, on fit une injection de bacilles tuberculeux à la partie profonde de l'un des canaux déférents ; ces animaux moururent respectivement au bout de 11 jours, 14 jours, 2 mois 1/2 et 3 mois. Chez tous, on constata : Une forte tuberculose de l'épididyme et du testicule du même côté que le canal déférent injecté ; de plus, la partie inférieure de ce canal déférent était le siège de lésions tuberculeuses, alors que la partie moyenne était cependant restée saine.

Cette série d'expériences montre donc, non seulement que le bacille tuberculeux peut cheminer de l'extrémité profonde du déférent vers l'épididyme, mais encore permet de faire remarquer quelque chose de comparable aux lésions tuberculeuses en « chapelet » que l'on observe sur les canaux déférents de l'homme. La partie moyenne du canal déférent, plus voisine du point d'inoculation (foyer originel) que la partie inférieure de ce canal, est indemne, alors que cette dernière zone est le siège de lésions tuberculeuses. Par assimilation, ne pourrions-nous pas penser que l'on ne peut établir de rapport certain entre l'intensité des lésions déférentielles et la distance de ces lésions au foyer originel ?

Pour ce qui est relatif au traitement chirurgical, nous avons déjà exposé dans notre paragraphe III que nous ne voyons pas dans l'amélioration des lésions profondes (quand elles surviennent) à la suite d'interventions telles que la castration ou l'épididymectomie, la preuve de la marche envahissante de la tuberculose de l'épididyme vers la prostate.

Nous en arrivons ainsi à la question de l'influence du traumatisme sur les lésions tuberculeuses de l'appareil génital.

Certains des adversaires, de la théorie de l'infection tuberculeuse de l'épididyme par la voie prostatovésiculaire, reconnaissent quand même que la prostate « se prenant consécutivement à la tuberculose épididymaire, cette contamination est très rapide ». (P. Reynier, Société de Chirurgie, 1899.)

Toutefois, parmi ces auteurs, il en est qui, cherchant une explication à la genèse des lésions tuberculeuses de l'épididyme ou du testicule, envisagent la fréquence des cas où le malade a été victime d'un traumatisme sur les bourses. C'est ainsi qu'ils avancent : « Nous avons, dans la genèse fréquente des lésions tuberculeuses épiddidymaires, à la suite d'un traumatisme, un argument en faveur de la localisation primitive limitée à l'épididyme ; ce traumatisme local, qui localisera la tuberculose à l'épididyme ne peut faire naître qu'un accident local primitif et on ne voit pas pourquoi la prostate serait prise en même temps » (1).

Sans revenir nous-mêmes sur les expériences de Max Schuller, objectées par Lannelongue et Achard, ni sur les observations de Pétrow relatives à la conception des tuberculoses post-traumatiques, nous pouvons simplement insister sur l'opinion classique actuelle, qui tout en reconnaissant la responsabilité du fait traumatique, l'atténue en ce sens qu'il ne fait le plus fréquemment qu'aggraver ou révéler un foyer préexistant.

Nous ne voyons donc pas une preuve de l'envahissement tuberculeux de l'épididyme vers la prostate dans le fait que consécutivement à un traumatisme sur les bourses une lésion épiddymaire apparaît. Nous pensons que le choc provoquant un état local déficient dans la zone épiddymaire, il en résulte le réveil d'un

(1) Rapport de MM. Paul REYNIER et BEURNIER. *Société de Chirurgie*, Juin 1899.

foyer de tuberculose jusque-là latent, ce foyer pouvant avoir lui-même une origine profonde, la prostate et les vésicules ayant fait auparavant des lésions silencieuses au point de vue clinique.

Enfin, avant d'en arriver à nos observations, nous nous permettrons de faire deux remarques :

1° On note assez souvent, après les interventions unilatérales limitées au testicule, à l'épididyme et au déférent (castrations, épидидymectomies, épидидymectomie avec vasectomie), des récurrences tuberculeuses sur l'appareil génital opposé. Ces récurrences arriveraient, dans 25 pour cent des cas, après la castration unilatérale (Forgues, Beck, Haas). Dellinger-Barney, de Boston, pense que les récurrences sur le côté précédemment sain sont égales après l'épididymectomie unilatérale ou la castration. Quand à nous, sur dix-huit observations de malades ayant subi la castration ou l'épididymectomie unilatérales, et ayant été revus assez longtemps après l'intervention, nous notons 6 récurrences de l'autre côté. Le chiffre peu élevé de 18 s'explique par ce fait que ces interventions s'adressent à des malades ayant comme seule manifestation tuberculeuse leurs lésions génitales ; nous avons éliminé les cas où les individus étaient des tousseurs, ceux ayant eu des hémoptysies, des lésions ganglionnaires dans l'enfance, etc. Donc, sur ces 18 interventions unilatérales : 6 récurrences sur le côté précédemment sain. Nous ne voulons pas accorder à ces chiffres une importance capitale, mais même en tenant compte de la proportion de 25 pour cent, ne serait-il

pas tentant d'expliquer ces rechutes en « bascule », sur un organe précédemment sain, par la notion d'un foyer originel unique, profond, qui contaminerait les deux organes épидymo-testiculaires ?

2° Dans l'étude d'un certain nombre d'orchites expérimentales (Docteur Esmonnet, *Thèse de Paris*, 1903), l'auteur en arrive, pour faciliter ses recherches et infecter plus rapidement le testicule, dans une série d'expériences sur les orchites tuberculeuses, à pratiquer la tuberculisation par injection de bacilles tuberculeux dans l'artère spermatique. Cette opération aurait l'avantage de déterminer la tuberculisation du testicule plus aisément que par tout autre mode d'inoculation, et en outre d'obtenir au début une lésion purement locale, qui se généralisera ensuite. Qu'est-ce à dire à ce propos ? C'est que ce mode d'invasion du testicule par la voie sanguine, ici par l'artère spermatique, ne correspond à la réalité des faits cliniques, puisque, nous le savons, dans la majorité des cas l'épididyme est atteint plus précocement que le testicule lui-même.

Par conséquent, dans bon nombre de cas de tuberculoses génitales, l'antériorité des lésions épидidymaires ne pourra-t-elle pas nous faire songer à un phénomène de propagation de la prostate vers l'épididyme ?

Avant de relater nos dernières observations, nous allons brièvement indiquer, en nous appuyant sur l'opinion de M. le Professeur Rochet, quelle peut être

l'influence des lésions prostatato-vésiculaires sur le pronostic des lésions tuberculeuses de l'épididyme.

La lésion prostatique, qui a pu exister autrefois et qui n'a pas laissé de foyers en activité, ne paraît pas assombrir le pronostic de la tuberculose épидидymaire, pas plus d'ailleurs que les cas où la prostate présente encore des lésions en activité, mais assez discrètes et se révélant par quelques noyaux disséminés, perceptibles au toucher, par un peu de pollakiurie, quelques brûlures à la miction.

Il n'en est pas de même des cas où la glande prostatique est grosse, indurée dans sa plus grande partie et où les vésicules présentent aussi des bosselures et de l'induration dite en « suif ». A plus forte raison, le pronostic devient tout à fait grave quand les lésions prostatiques ont suppuré et se sont ouvertes, soit dans l'urèthre, soit dans le rectum, soit au périnée. Mais dans ces cas, cependant, les lésions épидидymaires peuvent guérir, quelquefois même spontanément ; la guérison pourrait même survenir dans les cas mauvais, où les lésions épидидymaires sont bilatérales et suppurées elles-mêmes. Toutefois le pronostic devient réservé au point de vue de la durée de la réparation des lésions génitales et de la dissémination de la tuberculose en dehors de la sphère génitale (reins, vessie, poumons, etc.).

Les deux observations suivantes montrent l'importance des lésions génitales quand la tuberculose a évolué gravement du côté de la prostate.

OBSERVATION XIX (Due à l'obligeance de M. le Professeur ROCHET).

X., 25 ans. A contracté, pendant la guerre, des lésions épididymaires tuberculeuses, à développement rapide, bilatérales, qui ont suppuré de bonne heure, avec de gros abcès.

Le malade n'avait jamais présenté de maladie auparavant. Il fut réformé avant la fin de la guerre, car des fistules multiples existaient aux bourses, au périnée et même du côté de la fesse droite.

Quand on vit le malade un an après sa réforme, on l'interrogea plus attentivement et on apprit ainsi que quelque déjà avant les manifestations génitales, il avait présenté de la pollakiurie, de la pyurie et même des signes d'urétrite purulente, de temps en temps son linge était souillé de façon abondante. Marié, père de famille, il n'ait toute affection vénérienne et avait été surpris de cet écoulement purulent, qui avait également impressionné le médecin chargé de l'examiner avant l'ouverture spontanée des foyers épididymaires, et avait fait penser à une épididymite blennorragique.

Quelque temps après l'ouverture des épididymes, le malade sentit qu'il éprouvait des douleurs marginales du côté de la fesse et bientôt un abcès s'ouvrit de ce côté ; enfin, un peu plus tard, il s'aperçut qu'il perdait un peu d'urine par le rectum. Quand nous vîmes le malade, et que nous fûmes en possession de tous ces renseignements, nous pûmes reconstituer facilement l'évolution des lésions. Le malade avait eu déjà plusieurs mois avant l'apparition des épididymites, l'envahissement de la prostate du côté du périnée, du côté du rectum, du côté de l'urètre, ce qui avait fait penser à une blennorragie et non à la tuberculose.

Nous lui avons fait un curetage complet de sa prostate par le périnée, ce qui a guéri sa fistule prostatorectale, mais ce malade, quoique vigoureux, conserve une suppuration assez abondante des 2 testicules.

L'état général devient moins bon depuis quelque temps.

Comme autre exemple de l'influence des lésions prostatiques sur la chronicité et la répétition des abcès testiculaires, voici une deuxième observation.

OBSERVATION XX (Due à l'obligeance de M. le Professeur ROCHET).

G., 43 ans. A présenté, depuis plus de 15 ans, des accidents d'épididymite à caractère bacillaire ; un des côtés a dû être opéré par une épидидymectomie.

Mais, en remontant dans les antécédents du malade, on trouve que, depuis très longtemps déjà, même avant l'apparition des noyaux épидидymaires, le malade avait des symptômes de cystite, avec pyurie, brûlures, pour lesquels du reste aucun examen spécial n'avait été pratiqué.

Quand nous vîmes le malade, nous eûmes la certitude d'une lésion prostatique très ancienne : prostate dure, ramassée sur elle-même, avec encore quelques noyaux de tubercules crus dans son intérieur. Le malade nous dit parfaitement d'ailleurs qu'avant l'apparition des épидидymites, alors qu'il n'avait jamais eu aucune blennorrhagie, il avait déjà des symptômes de cystite.

Le malade resta longtemps avec un peu de prostatite et un noyau épидидymaire assez gros du côté non opéré, mais il présente depuis quelques mois des phénomènes suspects du côté pulmonaire.

Dans cette observation, le début de la prostate ne paraît pas douteux non plus et les lésions épидидymaires ne paraissent guéries que d'un côté, celui opéré ; celles du côté opposé sont entretenues par la persistance de la prostatite bacillaire.

OBSERVATION XXI (JAMAIN. *Bulletin de la Société Anatomique*, 1882).

B. L., 50 ans. Entre pour la troisième fois à l'hôpital, en janvier 1882. A eu 3 blennorragies, suivies d'un rétrécissement, qui a été traité par la dilatation.

En avril 1881, avait présenté des symptômes de cystite. Mictions fréquentes, douloureuses, suivies parfois de l'expulsion de quelques gouttes sanguinolentes. A ce moment-là, le toucher rectal permettait de constater une certaine irrégularité de la consistance de la prostate et une augmentation de volume manifeste des vésicules, qui présentaient également des bosselures. Testicules sains. Du côté des poumons : rien de décelable cliniquement.

Depuis cette époque, le malade maigrissait et s'affaiblissait. A l'auscultation : aucun signe de tuberculose commençante.

Il y a 3 mois : abcès du périnée, qui s'ouvrit spontanément. Il en résulta une fistulette urinaire.

Actuellement : Le malade est rentré à Necker presque mourant. Signes nets de tuberculose pulmonaire ayant évolué rapidement.

Le malade succombe le 22 janvier.

Autopsie : Lésions pulmonaires diagnostiquées précédemment.

Appareil génito-urinaire : Urèthre absolument sain.

Prostate en véritable fonte tuberculeuse, présence de clapiers anfractueux remplis d'une sanie grisâtre, nauséabonde. Fistules rectales et périnéales.

Vésicules séminales : Augmentées de volume, bosselées ; à la coupe : véritable transformation caséuse.

Testicules et épидидymes : Ils sont manifestement tuberculeux des 2 côtés.

Vessie : Semis de granulations tuberculeuses, sauf dans les 2/3 supérieurs qui sont sains.

Intégrité absolue des uretères et des reins.

L'auteur concluait : L'autopsie nous a permis de constater :

1° L'intégrité parfaite des reins ;

2° La localisation des granulations dans le bas-fond de la vessie ;

3° Les lésions prostatato-vésiculaires avancées qui d'après l'histoire clinique de la maladie ont dû ouvrir la scène.

CONCLUSIONS

I. — Dans beaucoup de cas la tuberculose chez l'homme paraît se localiser de façon précise et unique à l'épididyme.

II. — Il ne s'en suit pas que, même dans ces cas où la localisation épididymaire paraît exclusive, elle le soit en réalité ; on a même été tenté de voir dans l'épididyme le début même de l'infection tuberculeuse. C'est une opinion qui a été soutenue et l'est encore par les meilleurs auteurs.

III. — Nous pensons après bien d'autres, du clan opposé au précédent, qu'il ne faut pas être aussi affirmatif ; *même dans les cas de noyaux épididymaires paraissant très isolés on trouve très souvent une lésion de la prostate comme point de départ ancien ou récent de l'affection.*

IV. — En effet, dans beaucoup de cas où la tuberculose épididymaire paraît primitive le toucher rectal soigneusement pratiqué permet souvent de constater les lésions suspectes dans la prostate ; ou alors des commémoratifs soigneusement recherchés chez le malade font penser à d'anciens accidents prostatiques maintenant silencieux et qui autrefois précédaient l'épididymite. L'ordre d'apparition des lésions

épididymaires d'une part et prostatiques d'autre part est assez délicat à établir du reste, mais il semble bien pourtant que bien plus souvent que les auteurs ne l'ont admis, la tuberculose épididymaire commence par la prostate.

V. — La question d'origine que nous avons soulevée et qui a fait autrefois l'objet de discussions passionnées n'a pas seulement du reste un intérêt doctrinal, elle est très importante on le conçoit au point de vue de la thérapeutique chirurgicale des lésions épididymaires. Si les idées que nous avons exprimées venaient à être nettement démontrées, cela ne voudrait pas dire qu'il faudrait supprimer l'acte chirurgical dans les tuberculoses qui paraissent uniquement épididymaires, mais cela voudrait dire qu'il faudrait réserver cet acte aux formes suppurées et envahissantes et ne pas les pratiquer de trop bonne heure, comptant par là que l'intervention précoce sur un noyau paraissant très localisé et primitif, pourrait être radicale dans le sens vrai du mot.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
ROCHET

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 10 Novembre 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY Ch., — Du traitement de la tuberculose génitale de l'homme. *Archives provinciales de Chirurgie*, mars 1902.
- AZCARRETA. — Tuberculose du testicule et du conduit déférent. *Gaceta medica catalana et Revista española de sifilographia y dermatologia*, février 1902.
- BAUMGARTEN. — Ueber experimentelle urogenitale Tuberculose. *Archiv für Klin. Chir.*, 1901, p. 1.019.
- BERGER. — Traitement de la tuberculose testiculaire. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 12 avril 1899.
- BEURNIER. — Castration pour testicule tuberculeux avec ablation d'une partie du canal déférent. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, juin 1899.
- BOHDANOWICZ. — Les injections modificatrices dans le traitement de la tuberculose épидидymaire. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. Année 1902, tome 20, p. 170.
- BOUGLÉ J. — Tuberculose épидymo-testiculaire. Castration. *Bulletin de la Société d'Anatomie*, décembre 1899.
- BOUILLY. — Prostatite tuberculeuse suppurée. Grattage. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, Paris, 1885, p. 576.

- BOULEY et THORNDIKE. — Tuberculose testiculaire. *Boston medical and surgical Journal*, 8 juillet 1902.
- CABOT-HUGLE et DELLINGER-BARNEY. — Traitement opératoire de la tuberculose génitale. Indication et technique. *The Journal of the American medical association*, 6 décembre 1913.
- CAYLA. — De la tuberculisation des organes génito-urinaires. *Thèse de Paris*, 1887.
- CHALIER André. — Epididymo-déférentectomie pour tuberculose chez un sujet déjà castré du côté opposé. *Journal d'Urologie*, 1919, n° 1, p. 25.
- DELBET P. — Traitement de la tuberculose du testicule. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, Paris, 31 mai 1899, p. 566.
- DELLINGER-BARNEY. — La tuberculose de l'épididyme. *The Boston medical and surgical Journal*, 14 mars 1911.
- DELLI-SANTI. — Note expérimentale sur l'épididymite tuberculeuse primitive. *Riforma medica*, 26 août 1903, p. 925.
- DELORE X. et CHALIER A. — La tuberculose génitale. Paris, 1920.
- ESMONET Charles. — Etude du testicule dans quelques affections orchites expérimentales. *Thèse de Paris*, 1903.
- FERNET. — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale. *Bulletin de la Société de Médecine des Hôpitaux de Paris*, 1885, p. 480.
- FORGUES. — De la tuberculose génitale in *Précis de Pathologie externe*, année 1920.
- GRANDON. — Tuberculosis of the Prostata. *Boston medical and surg. Journal*, 1902, tome II, p. 17.

- GUISY B. — Tuberculose prostatovésiculaire. *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1906, tome II, p. 1.410.
- GUYON. — La castration pour le sarcocèle tuberculeux. *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, juillet 1891, p. 445.
- HANSEN. — Recherches expérimentales sur la tuberculose génito-urinaire. *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, année 1903, tome 21, p. 1.
- JAMAIN. — Un cas de tuberculose prostatovésiculaire. *Bulletin de la Société Anatomique*, 1882.
- JEANBRAU E. — De la tuberculose génitale in *Précis de Pathologie chirurgicale*, tome III, p. 853.
- KONIG. — Beitrag zur studieren der Hodentuberculose. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, 1898, p. 502.
- LANCEREAUX. — Tuberculose primitive des organes génitaux. *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1883, t. I, p. 153.
- LAPEYRE. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez l'homme. *Archives générales de Chirurgie*, 25 juillet 1913.
- LE CLERC. — Tuberculose testiculaire. Quelques réflexions anatomo-cliniques. *La Clinique*, 19 novembre 1909.
- LEGUEU. — De la tuberculose génito-urinaire. *Presse Médicale*, 20 juin 1906, p. 389.
- Tuberculose prostatique in *Traité d'Urologie*, p. 627.
- LONGUET. — Traitement chirurgical de la tuberculose génitale chez l'homme. *Revue de Chirurgie*, janvier 1920, p. 79.
- LYONS OLIVER. — La tuberculose des organes génitaux chez les enfants. *The Journal of the American medical association*, 6 décembre 1913.

- MARINESCO. — De l'épididymectomie dans la tuberculose génitale. *Journal d'Urologie*, année 1912, t. I, p. 793.
- MARION. — De la vaso-vésiculectomie dans la tuberculose génitale. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1909.
- MAUCLAIRE (P.). — Traitement de la tuberculose épидидymo-testiculaire, par les ligatures et les sections des éléments du cordon spermatique. *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, avril 1900, p. 356.
- MOELLER. — Tuberculose primitive de la prostate, consécutivement à un abcès traumatique de la prostate. *Centralb. of d. Krankh. d. Harn, u. Sex. Organes*, 1901, n° 3, p. 157.
- PALADINO-BLANDINI. — La tuberculose de l'épididyme dans ses rapports avec le mode de propagation des micro-organismes le long des voies de l'appareil uro-génital. *Annales des Maladies des organes génito-urinaires*, 1900, p. 1.009.
- PAUCHET. — De la tuberculose génitale chez l'homme. *La Clinique*, 12 juin 1908.
- POIRIER. — Traitement de la tuberculose du testicule et des voies génitales. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, décembre-juin 1899, p. 978.
- PONCET. — De la tuberculose inflammatoire du testicule et de l'appareil génital de l'homme. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 3 avril 1912, p. 505.
- QUENU E. — Sur le traitement de la tuberculose testiculaire. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 10 mars 1899, p. 508.
- QUIMBY. — Le traitement de la tuberculose génitale chez l'homme. *The Journal of the American med. Association*, 30 novembre 1918, p. 1.790.

RECLUS. — Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse. *Thèse de Paris*, 1876.

— Traitement de la tuberculose testiculaire. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 10 mai 1899, p. 1.143.

REYNIER Paul. — Traitement de la tuberculose génitale. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, juin 1899, p. 961.

ROCHET. — Tuberculose de la prostate in *Quelques données nouvelles de clinique et de thérapeutique urinale*, Lyon, 1906, p. 353.

ROCHET et THÉVENOT. — Ablation du testicule, du canal déférent et de la vésicule séminale correspondante, au cours de la tuberculose de ces organes. *C. R. du XXVI^e Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1913, 8 octobre, p. 690.

SAMUEL. — Le testicule dans la tuberculose de l'épididyme. *Wiener Klinische Rundschau*, 12 et 18 novembre 1911.

SIEUR. — Deux cas de tuberculose génitale. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, de décembre à juin 1899, p. 1.072.

SIMMONDS. — Uber Frühformen der Samenblasen-tuberculose. *Virchow's Archiv.*, année 1906, p. 90.

TÉDENAT. — Le traitement de la tuberculose de la prostate. *Province médicale*, 2 mai 1908, p. 203.

VERNEUIL. — Hypothèse sur l'origine de certaines tuberculosés génitales. *Gazette hebdomadaire*, 1883, p. 225.

VILLARD E. — Rapport de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. *Thèse de Lyon*, 1894.

— Vaso-vésiculectomie par voie haute. *Lyon Chirurgical*, 1^{er} avril 1909, p. 707.

WALKER. — Les voies d'infection de la tuberculose génito-urinaire. *The Lancet*, n° 4.668, 15 février 1913, Londres, p. 435.

YOUNG. — Cure radicale de la tuberculose du tractus séminal. *Archives of Surgery of Chicago*, n° 2, mars 1922, p. 334.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Chapitre premier. — De la tuberculose génitale chez l'homme. Revue rapide de l'historique, des symptômes et du traitement	13
Chapitre II. — Les différentes opinions sur le mécanisme de l'infection épididymaire . . .	20
Chapitre III. — Notre opinion personnelle . . .	34
Conclusions	71
Bibliographie.	73
